

تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی

حجت‌الله ابراهیمی⁽¹⁾، دکتر محمود دژکام⁽²⁾، دکتر طاهره ثقه‌الاسلام⁽³⁾

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه تروماهای دوران کودکی و افسردگی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی بود. **روش:** جامعه پژوهش حاضر عبارت بود از تمامی افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان لقمان حکیم به دلیل اقدام به خودکشی، در شش ماهه دوم سال 1390. از این افراد 180 نفر (100 زن و 80 مرد) به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب و بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج بررسی شدند. 180 نفر نیز (100 زن و 80 مرد) از بیمارانی بررسی شدند که طی شش ماهه دوم سال 1390 به دلیل بیماری جسمی - که ارتباط غیرمستقیم نیز با خودکشی نداشت - در بیمارستان لقمان بستری شده بودند. برای گردآوری داده‌ها ویراست دوم پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) و پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی (CTQ) به کار رفت. داده‌ها به روش تحلیل تشخیصی و رگرسیون چندگانه تحلیل شدند. **یافته‌ها:** با افزایش نمره تروماهای دوران کودکی (در تمام خرده‌مقیاس‌ها) احتمال اقدام به خودکشی افزایش یافت ($p \leq 0/001$). از میان تروماهای دوران کودکی، سوءاستفاده هیجانی بیشترین نقش را در اقدام به خودکشی داشت. هم‌چنین میان سوءاستفاده هیجانی ($p \leq 0/001$)، سوءاستفاده جسمی ($p \leq 0/05$)، غفلت جسمی ($p \leq 0/001$) و غفلت هیجانی ($p \leq 0/001$) با افسردگی رابطه وجود داشت. **نتیجه‌گیری:** تروماهای دوران کودکی، به‌ویژه سوءاستفاده هیجانی می‌تواند منجر به بروز افسردگی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی شود.

کلیدواژه: اقدام به خودکشی؛ تروماهای دوران کودکی؛ افسردگی

[دریافت مقاله: 1391/7/5؛ پذیرش مقاله: 1391/12/23]

مقدمه

داده است سابقه خودکشی در خانواده، هم‌چنین ترومای دوران کودکی و نوجوانی با اقدام به خودکشی‌های بزرگسالی هم‌بسته است (14-7). تروماهای شدید تکانش‌گری را افزایش می‌دهند که پیامد آن کاهش ظرفیت مغز برای بازداری فعالیت‌ها و اعمال و کنترل هیجان‌های منفی است. این تکانش‌گری و بازداری نکردن هیجان‌های منفی، رفتارهای خودآسیبی و اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد (5). تاریخچه اقدام به خودکشی یکی از مهم‌ترین و نیرومندترین عوامل خطر برای رفتار خودکشی در آینده است (11). یک پژوهش (11) با بررسی و مقایسه افرادی که فقط یک بار و چند بار اقدام به

پژوهش‌ها نشان داده‌اند سوءاستفاده‌های هیجانی، جسمی و جنسی طولانی مدت دوران کودکی به مواردی مانند اختلال‌های شخصیت¹ (1-3)، سوءمصرف مواد² (4)، افسردگی اساسی³ (2)، خودکشی⁴ (5) و منجر می‌شود. با این حال، هنوز مکانیزم خاصی برای تبیین رابطه میان سوءاستفاده‌های دوران کودکی و مشکلات سلامت روان دوران بزرگسالی شناسایی نشده است (6-1). یکی از پیامدهای تروماهای دوران کودکی⁵ افزایش خطر اقدام به خودکشی در بزرگسالی است. پژوهش‌های انجام‌شده روی سوءمصرف‌کنندگان مواد نشان

(1) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران، بزرگراه شهید چمران، خیابان یمن، خیابان شهید اعرابی، جنب بیمارستان آیت‌الله طالقانی.

دورنگار: 021-22439951 (نویسنده مسئول) E-mail:hojattebrahimi@gmail.com؛ (2) دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛

(3) دکترای تخصصی روانشناسی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

1- personality disorders

2- substance abuse

3- major depression

4- suicide

5- childhood traumas

خودکشی کرده بودند، نشان داد در افرادی که چندبار اقدام به خودکشی داشتند، تاریخچه خانوادگی رفتار خودکشی و میزان سوءاستفاده دوران کودکی و نوجوانی بالاتر است. گفتنی است این دو گروه از نظر سنی یکسان بودند.

بدرفتاری¹ با کودکان یک مشکل گسترده بین‌المللی است و پیامدهای ناشی از آن متفاوت است (15). بدرفتاری با کودک اصطلاحی عمومی است که برای توصیف تمامی اشکال کودک‌آزاری²، غفلت³، آزار جسمی⁴، آزار جنسی⁵، بی‌توجهی⁶، آزار هیجانی⁷ و به‌تازگی خشونت خانوادگی⁸ به کار برده می‌شود (16). کودک‌آزاری روی کودکان از هر نژاد، رنگ، طبقه اجتماعی و مذهب چشم‌گیر بوده، بر تمامی سنین (پیش از تولد، نوزادی، کودکی، نوجوانی، جوانی و بزرگسالی) اثرگذار است (17). پژوهشی نشان داد از هر 43 کودک آمریکایی، یک نفر مورد سوءاستفاده جسمی قرار می‌گیرد که به‌ویژه در هفته اول زندگی مورد بی‌توجهی پدر و مادر قرار می‌گیرد. به‌طور تقریبی حدود 500 کودک آمریکایی در هر گروه سنی قربانی رفتارهای ناروای پدر و مادر خود شده‌اند (18).

ارتباط میان ترومای دوران کودکی و افزایش خطر رفتار خودکشی در هر دو جمعیت عمومی و بالینی دیده شده است. برای مثال یک بررسی (10) میان سوءاستفاده جنسی دوران کودکی و رفتار خودکشی بزرگسالی ارتباط قوی نشان داد. تروماهای دوران کودکی به میزان قابل توجهی با شروع زودرس اقدام به خودکشی همراه است (9). نخستین رفتار خودکشی بیشتر در سن جوانی، به همراه بیماری‌های روانپزشکی، پرخاشگری، صفات و رفتار خشونت‌آمیز دیده می‌شود. سن پایین هنگام اقدام به خودکشی با تکرار اقدام به خودکشی همراه است (9). از سوی دیگر تکرار اقدام به خودکشی با خودجرحی‌های⁹ دیگر نیز همراه است. پژوهش‌ها (19) نشان داده‌اند ترومای دوران کودکی نه تنها یک عامل خطر برای رفتار خودکشی است، بلکه هم‌چنین برای شروع زود هنگام خودکشی، اختلال‌های روانپزشکی و صفات تهاجمی نیز عامل خطر به حساب می‌آید.

در یک پژوهش ملی در ایالات متحده نشان داده شد که قرار گرفتن در معرض سوءاستفاده جسمی و جنسی و شاهد خشونت خانگی بودن در دوران کودکی، بین 16 و 50

درصد، افکار و اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد (20). پژوهش دیگری (11) در استرالیا روی دوقلوها نشان داد سابقه ترومای دوران کودکی، به میزان قابل توجهی خطر اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد. بررسی‌های بالینی نیز گزارش کرده‌اند ترومای دوران کودکی، در بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی مختلف، با اقدام به خودکشی در بزرگسالی همراه است (11).

از 45 سال گذشته تا کنون میزان اقدام به خودکشی در جهان 60 درصد افزایش داشته و هماهنگ با گزارش سازمان جهانی بهداشت¹⁰ (WHO) این میزان 40-10 بار بیشتر از خودکشی موفق بوده است (21-23). به‌ویژه طی نیم قرن اخیر میزان اقدام به خودکشی در جوانان رو به افزایش بوده است (21-23). بنابراین با افزایش نرخ خودکشی در جهان و هم‌چنین در ایران، و با توجه به پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و روانی اقدام به خودکشی، بررسی عوامل زمینه‌ساز این مشکل، برای پیش‌گیری از این بحران جهانی ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش‌های انجام‌شده در دیگر کشورها مؤید رابطه میان تروماهای دوران کودکی با اقدام به خودکشی است اما تا کنون چنین رابطه‌ای در ایران بررسی نشده است.

با توجه به مطالب بیان‌شده، هدف پژوهش حاضر بررسی انواع تروماهای دوران کودکی در خانواده و ارتباط آن با اقدام به خودکشی در جامعه ایران بود. با توجه به یافته‌های چنین پژوهش‌هایی می‌توان با آموزش در سطح خانواده‌ها برای پیش‌گیری از اقدام به خودکشی گامی مؤثر برداشت. پرسش‌های اصلی پژوهش حاضر عبارت بودند از: 1- آیا میان تروماهای دوران کودکی اقدام‌کنندگان به خودکشی و جمعیت عمومی تفاوتی وجود دارد؟ و 2- آیا تروماهای دوران کودکی توان تبیین افسردگی را دارند؟

روش

جامعه آماری پژوهش علی-مقایسه‌ای¹¹ حاضر شامل دو بخش بود: 1- تمامی افرادی است که در شش ماه دوم سال

- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| 1- misbehavior | 2- child abuse |
| 3- neglect | 4- physical abuse |
| 5- sexual abuse | 6- carelessness |
| 7- emotional abuse | 8- family violence |
| 9- self-injury | 10- World Health Organization |
| 11- causal-comparative | |

پرسش‌نامه‌ها به وسیله روان‌شناس بالینی بر بالین بیمار انجام می‌شد. طول اجرای کل پژوهش شش ماه (نیمه آبان ماه تا اواسط اسفند ماه 1392) بود. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت:

پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی² (CTQ) (9) به وسیله برنشتاین³ و همکاران در سال 1994 طراحی شد و در سال 1995 نسخه دوم 53 گویه‌ای آن ارائه و در نهایت در سال 1998 نسخه نهایی 34 گویه‌ای تنظیم شد. گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز تا همیشه پاسخ داده می‌شوند و پنج خرده‌مقیاس سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت جسمی⁴، غفلت هیجانی⁵ و سوءاستفاده جنسی را می‌سنجد. خرده‌مقیاس‌ها بر مبنای این تعاریف نظری شکل گرفته‌اند: سوءاستفاده جسمی عبارت است از ایجاد جراحت عمدی یا وارد آوردن ضربه‌های جسمی به کودک کمتر از 18 سال، به وسیله یک فرد بزرگ‌تر، به گونه‌ای که احتمال خطر مرگ، آسیب دیدن یا به خطر افتادن سلامت جسمی کودک یا قطع یکی از اعضای بدن وی وجود داشته باشد. رفتار زیان‌آور جسمی به طور معمول به صورت کبودی، سوختگی، شکستگی، زخم‌های شکمی و مسمومیت نمایان می‌شود. سوءاستفاده هیجانی در کودکان زمانی روی می‌دهد که شخص به کودک الفاء کند که وی موجودی بی‌ارزش، معیوب، منفور، ناخواسته و مخاطره‌انگیز است و ارزش او تنها به برآورده کردن نیازهای دیگران بستگی دارد. تمامی این موارد در صورتی که شدید و تکراری باشد، آزار روانی را به دنبال دارد. دست انداختن مصرانه و پایدار، تحقیر کردن یا حمله‌های کلامی نیز جزء سوءاستفاده هیجانی به حساب می‌آیند. سوءاستفاده جنسی از کودک مربوط می‌شود به رفتار جنسی میان یک کودک و یک بزرگسال، یا بین دو کودک زمانی که یکی از آن‌ها به طور مشخص از دیگری بزرگ‌تر بوده، یا زمانی که یکی از آنها از زور و اجبار استفاده کند. فرد آزارگر و قربانی می‌تواند هر دو از یک جنس یا از دو جنس مخالف باشند. غفلت جسمی به اعمال حذفی اشاره دارد که در آن کودک از نظر مادی مانند تغذیه، امنیت، تحصیلات، مراقبت پزشکی، پوشاک، سرپناه و... به طور مناسب مراقبت نمی‌شود. به بیان دیگر غفلت جسمی عبارت است از کوتاهی

1390 به دلیل اقدام به خودکشی در بیمارستان لقمان بستری شده بودند و بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج در پژوهش حاضر شرکت کردند. 2- افرادی که در شش ماه دوم سال 1390 به دلیل یک بیماری جسمی، که هیچ ارتباط غیرمستقیمی نیز با موضوع خودکشی نداشت (مانند تصادف، سقوط از بلندی و...)، در بیمارستان لقمان بستری شده بودند. طبق آمار بیمارستان لقمان حکیم، هر ماه به طور متوسط 800 نفر (450 زن و 350 مرد) به دلیل مسمومیت عمدی با مواد شیمیایی و دارویی در بخش مسمومیت این بیمارستان بستری می‌شوند. با توجه به ملاک‌های ورود و خروج در هر ماه حدود 300 نفر، واجد شرایط برای شرکت در پژوهش حاضر بودند. بنابراین جامعه پژوهش حاضر شامل حدود 1800 نفر بود. ملاک‌های ورود در مورد گروه آزمایش عبارت بود از: دارا بودن 35-17 سال سن، سطح هشیاری بهنجار و سابقه اقدام به خودکشی بیش از یک بار. ملاک‌های خروج عبارت بود از: هشیار نبودن، عقب‌ماندگی ذهنی، ابتلا به اختلال‌های روان‌پریشی¹ و اعتیاد به مواد و الکل. در مورد گروه گواه ملاک ورود عبارت بود از نداشتن هر گونه سابقه اقدام به خودکشی.

برای پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای حجم نمونه دست کم 30 نفر در هر گروه توصیه می‌شود (24). از آنجا که تعداد زنان و مردان اقدام‌کننده به خودکشی یکسان نیست، برای حفظ نسبت زنان و مردانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، باید درصد یکسانی از دو طبقه انتخاب شوند. در کل 10 درصد حجم جامعه، به عنوان نمونه در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری نیز تصادفی طبقه‌ای بود. با احتساب متوسط 300 نفر بستری در هر ماه طی شش ماهه دوم سال 1390، حجم نمونه حاضر 180 نفر (شش ماه و هر ماه 30 نفر) برآورد شد. برای رعایت نسبت جنسیتی، 100 زن و 80 مرد برای گروه اقدام‌کنندگان به خودکشی در نظر گرفته شدند. 180 نفر نیز (100 زن و 80 مرد) از بیمارانی که در همین مدت به دلیل بیماری جسمی بستری شده بودند، به عنوان گروه گواه در پژوهش حاضر شرکت کردند.

برای اجرای پژوهش، پس از بررسی پرونده، در صورتی که فرد مورد نظر ملاک‌های ورود را داشت، به ایشان مراجعه می‌شد و پس از معرفی، در مورد پژوهش، اهداف آن و محرمانه ماندن اطلاعات توضیح داده می‌شد و با کسب رضایت آگاهانه او مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و اجرای

1- psychotic

2- Childhood Trauma Questionnaire

3- Bernstein

4- physical neglect

5- emotional neglect

در برآوردن نیازهای اساسی برای زیستن، شامل غذا، مسکن، لباس، آموزش و مراقبت‌های پزشکی. غفلت هیجانی به اعمال حذفی اشاره دارد که در آن کودک از نظر عاطفی به‌طور مناسب مراقبت نمی‌شود، مانند توفیق نیافتن در دلبستگی و نشان ندادن علاقه، عشق، حمایت و توجه. به بیان دیگر غفلت هیجانی عبارت است از کوتاهی در فراهم کردن نیازهای عاطفی مورد نیاز کودک و شکست مراقبان در ارائه نیازهای روانی-عاطفی اساسی مانند عشق، تشویق، تعلق و حمایت. پایایی¹ CTQ به دو روش آزمون-بازآزمون² و آلفای کرونباخ³ در دامنه 0/79-0/94 گزارش شده است (9، 10).

نسخه فارسی ویراست دوم پرسش‌نامه افسردگی بک³
(BDI-II) (25): نسخه اولیه BDI شامل 21 گویه است که به عنوان یک ابزار غربال‌گری کوتاه روانپزشکی ارائه شد و در سال 1971 مورد تجدیدنظر قرار گرفت. هر گویه به‌صورت چهار عبارت ترتیبی تنظیم شده است. BDI-II در سال 1996 از نسخه اصلی به‌دست آمد که مانند نسخه پیشین 21 گویه داشت و هر گویه روی مقیاس لیکرت صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شد. این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی برای نشانه‌های افسردگی است که برای سنجش شدت افسردگی افراد بالاتر از 13 سال طراحی شده است. نمره کمتر از 14، 19-14، 28-20 و 63-29 به ترتیب بیان‌گر کم‌ترین حد نشانه‌ها، افسردگی خفیف، افسردگی متوسط و سطوح بالای افسردگی است. همبستگی BDI-II با پرسش‌نامه افسردگی همیلتون⁴ (HDI) 0/71 است. پایایی آزمون-بازآزمون و همبستگی درونی آن به ترتیب 0/93 و 0/91 گزارش شده است. اعتبار کل این آزمون و دامنه ضرایب همبستگی هر گویه با کل پرسش‌نامه (قدرت تشخیص⁶) به ترتیب 0/91 و 0/681-0/454 گزارش شده است. روایی هم‌گرای⁷ این مقیاس نیز با همبستگی با پرسش‌نامه کوتاه نشانگان⁸ (BSI) خوب گزارش شده است (25).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-16⁹ و به روش تحلیل تشخیصی¹⁰ و رگرسیون چندگانه¹¹ انجام شد.

یافته‌ها

ضریب آلفای CTQ و خرده‌مقیاس‌هایش به روش آلفای کرونباخ 0/813-0/977 به‌دست آمد. بررسی ویژگی‌های

توصیفی مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌ها نشان داد در تمامی متغیرها میانگین نمره گروه آزمایش بیش از گروه گواه بود (جدول 1). برای تعیین معناداری این تفاوت‌ها، تحلیل تشخیص به کار رفت. یافته‌ها نشان داد دو تابع از قدرت تشخیص خوبی برای تبیین متغیر وابسته (در دو سطح اقدام‌کنندگان به خودکشی و جمعیت عمومی) برخوردار هستند (جدول 2). با توجه به این که تابع تشخیص تمامی خرده‌مقیاس‌های مربوط به تروماهای دوران کودکی قدرت تشخیص خوبی برای تبیین متغیر وابسته داشتند، بررسی ماتریس ساختار برای تعیین سهم هریک از متغیرهای پیش‌بین ضروری است. ماتریس ساختار، مقیاس متفاوتی از میزان کمک هر کدام از متغیرها به تابع تشخیص ارائه می‌دهد. یافته‌ها نشان دادند با افزایش نمره تروماهای دوران کودکی (در تمام خرده‌مقیاس‌ها) احتمال اقدام به خودکشی نیز افزایش می‌یابد. در تبیین اقدام به خودکشی، بیشترین سهم را سوءاستفاده هیجانی و کمترین سهم را سوءاستفاده جنسی داشت (جدول 2). در نهایت آزمون پیش‌بینی عضویت گروهی نشان داد 99/70 درصد افراد به درستی توسط تابع تشخیصی در دو گروه اقدام‌کنندگان به خودکشی و جمعیت عادی طبقه‌بندی شدند.

برای پاسخ‌گویی به این پرسش که آیا تروماهای دوران کودکی توان تبیین افسردگی را دارند یا خیر، تحلیل رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان به کار رفت. مفروضه‌های خطی بودن، نرمال بودن، ثابت بودن واریانس و هم‌خطی بودن چندگانه برقرار بود و یافته‌ها نشان‌گر ارتباط مثبت معنی‌دار میان سوءاستفاده هیجانی، سوءاستفاده جسمی، غفلت جسمی و غفلت هیجانی با افسردگی بود. بدین صورت که با افزایش سوءاستفاده هیجانی، سوءاستفاده جسمی، غفلت جسمی و غفلت هیجانی، افسردگی نیز افزایش می‌یافت (جدول 3). از این رو معادله رگرسیون بدین شکل شد:

$$\text{افسردگی} = 0/12 (\text{جسمی}) + 0/10 (\text{غفلت جسمی}) + 0/14 (\text{سوءاستفاده جسمی}) + 0/58 (\text{افسردگی})$$

1- reliability

2- test-retest

3- Cronbach α

4- Beck Depression Inventory (BDI-II)

5- Hamilton Depression Inventory

6- internal correlation

7- diagnostic power

8- convergent validity

9- Brief Symptom Inventory

10- Statistical Package for the Social Science-version 16

11- discriminant analysis

12- regression

جدول 1- شاخص‌های توصیفی مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های مورد بررسی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی و جمعیت عمومی

متغیر	اقدام‌کنندگان به خودکشی		جمعیت عمومی	
	میانگین (انحراف معیار)	کمینه (بیشینه)	میانگین (انحراف معیار)	کمینه (بیشینه)
افسردگی	46/45 (6/63)	22 (59)	10/64 (4/64)	0 (32)
نمره کل تروما	107/52 (8/76)	80 (13)	46/16 (9/47)	40 (89)
سوءاستفاده هیجانی	19/62 (2/29)	10 (25)	8/37 (1/86)	5 (15)
سوءاستفاده جسمی	17/60 (2/94)	6 (25)	6/67 (1/96)	5 (13)
سوءاستفاده جنسی	11/90 (1/75)	6 (17)	7 (2/11)	6 (18)
غفلت هیجانی	34/92 (3/32)	23 (47)	21/06 (4/52)	10 (37)
غفلت جسمی	23/46 (2/59)	17 (30)	13/01 (2/72)	8 (23)

جدول 2- یافته‌های مربوط به تحلیل تشخیصی ($df=1$ و 358) و ماتریس ساختار متغیرهای پیش‌بین

متغیرهای پیش‌بین	لامبدای ویلکز	F	سطح معنی داری	تابع
سوءاستفاده هیجانی	0/12	2600	0/001	0/867
سوءاستفاده جسمی	0/17	1712	0/001	0/704
سوءاستفاده جنسی	0/38	574/60	0/001	0/634
غفلت هیجانی	0/25	1098	0/001	0/563
غفلت جسمی	0/20	1392	0/001	0/408

جدول 3- رگرسیون چندگانه پیش‌بینی افسردگی از روی تروماهای دوران کودکی

متغیرهای پیش‌بینی کننده	B	ضریب بتا	t	سطح معنی داری
سوءاستفاده هیجانی	1/83	0/58	13/26	0/001
سوءاستفاده جسمی	0/36	0/12	2/51	0/012
سوءاستفاده جنسی	0/29	0/05	1/89	0/059
غفلت هیجانی	0/33	0/14	3/79	0/001
غفلت جسمی	0/33	0/10	2/57	0/001

بحث

در پژوهش حاضر به نقش انواع سوءاستفاده هیجانی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت هیجانی و غفلت جسمی بر رفتار اقدام به خودکشی در دوران بزرگسالی پرداخته شد. یافته‌ها نشان‌گر تفاوت تمامی خرده‌مقیاس‌های تروماهای دوران کودکی در دو گروه افراد اقدام‌کننده به خودکشی و جمعیت عمومی بود ($p \leq 0/001$). هم‌چنین از میان انواع تروماهای دوران کودکی، سوءاستفاده هیجانی بیشترین نقش را در تبیین اقدام به خودکشی داشت و کمترین تأثیر مربوط به سوءاستفاده جنسی بود. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های دیگر پژوهش‌ها هم‌سو است (5، 7، 11، 9-13، 19، 20، 26، 32-28). شواهد نشان می‌دهد تروماهای دوران

کودکی بر مغز در حال رشد کودکان و نوجوانان اثر مخربی بر جا می‌گذارد. یکی از این اثرها، اختلال‌های هیجانی است. سوءاستفاده و غفلت در دوران کودکی ممکن است به ناتوانی‌های مزمن در مقابله با نوسان هیجان‌ها و در نتیجه افزایش اختلال‌های هیجانی، از جمله افسردگی منجر شود (5).

از آنجا که سوءاستفاده هیجانی به افسردگی منجر می‌شود و اختلال افسردگی هم‌بستگی بالایی با اقدام به خودکشی دارد، می‌توان گفت افرادی که در کودکی دچار سوءاستفاده هیجانی می‌شوند، به اختلال‌های هیجانی از جمله افسردگی مبتلا می‌شوند و افسردگی می‌تواند به خودکشی منجر شود.

سوءاستفاده هیجانی می تواند بر شناخت افراد تأثیر بگذارد، بدین شکل که به شکل گیری تحریف ها و خطاهای شناختی منجر شود و این تحریف های شناختی در نهایت منجر به بروز افسردگی شود، که مهم ترین پیامد آن اقدام به خودکشی است. پژوهشی نشان داد شدت سوءاستفاده های هیجانی و جسمی در دوران کودکی با تعداد موارد اقدام به خودکشی رابطه دارد (27). پژوهش دیگری (9) با بررسی 281 فرد با سابقه اقدام به خودکشی نشان داد افرادی که سابقه اقدام به خودکشی دارند، نسبت به کسانی که سابقه اقدام به خودکشی ندارند، نمره بالاتری در CTQ داشتند. بنابراین در مورد هر دو گروه زنان و مردان تروماهای دوران کودکی یک عامل خطر برای افراد مستعد به خودکشی به شمار می آید.

به طور کلی یافته های پژوهش حاضر نشان داد تأثیر انواع سوءاستفاده در دوران کودکی می تواند تا مدت ها پابرجا بماند و انواع سوءاستفاده، به ویژه سوءاستفاده هیجانی بیشترین ارتباط را با اقدام به خودکشی در بزرگسالی داشت.

از میان راهکارهای نخستین پیش گیری شاید آموزش نقش والدینی به بزرگسالان و هم چنین نوجوانان پیش از پذیرفتن این نقش، یکی از بهترین راهکارها برای پیش گیری از صدمه های نخستین باشد. زیرا کودکان رفتارهای آزارگرانه و توهین آمیز را از مشاهده رفتار پدر و مادر خود و تجربه رفتارهای آزارگرانه به هنگام رشد می آموزند. الگوهای آموخته شده تربیت آزارگرانه از پدر و مادر به کودک منتقل می شوند و هنگامی که کودک نقش پدر/مادر را می پذیرد، این گونه الگوها را پیاده می کند و دور باطل آزار دیدن و آزار دادن ادامه می یابد.

نمونه پژوهش حاضر به افرادی محدود بود که با خوردن تعمدی دارو و سموم اقدام به خودکشی کرده بودند، بنابراین در مورد دیگر انواع اقدام به خودکشی، نیاز به بررسی های بیشتری است. هم چنین امکان هم تاسازی دقیق گروه آزمایش و گواه وجود نداشت.

سپاسگزاری

از آقای دکتر الک روی¹ برای در اختیار گذاشتن پرسش نامه تروماهای دوران کودکی، شیوه نمره گذاری و ضرایب روایی خارجی این پرسش نامه صمیمانه قدردانی می شود.

[این مقاله برگرفته از پایان نامه نویسنده اول، مقطع کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال 1391 است].
[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. Powers AD, Thomas K, Ressler K, Bradley B. The differential effects of child abuse and posttraumatic stress disorder on schizotypal personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2011; 52:438-45.
2. Milner J, Thomsen C, Crouch J, Mandy MR, Patricia M, Christopher WD, et al. Do trauma symptoms mediate the relationship between childhood physical abuse and adult child abuse risk? *Child Abuse Negl*. 2010; 34: 332-44.
3. Gratz K, Latzman R, Tull M. Exploring the association between emotional abuse and childhood borderline personality features: The moderating role of personality traits. *Behav Ther*. 2011; 42:493-508.
4. Oviedo-Joekes E, Marchand K, Guh D, Marsh D, Brissette S, Krausz M, et al. History of reported sexual or physical abuse among long-term heroin users and their response to substitution treatment. *Addict Behav*. 2011; 36: 55-60.
5. Wingenfeld K, Schaffrath C, Rullkoetter N, Mensebach C, Schlosser N, Beblo T, et al. Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child Abuse Negl*. 2011; 35: 647-54.
6. Braquehais MD, Oquendo MA, Baca-García E, Sher L. Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? *Compr Psychiatry*. 2010; 51:121-9.
7. Elias B, Mignone J, Hall M, Hong S, Hart L, Sareen J. Trauma and suicide behavior histories among a Canadian indigenous population: An empirical exploration of the potential role of Canada's residential school system. *Soc Sci Med*. 2012; 74:1560-9.
8. Sandhu PKG. Hope theory: A framework for understanding the relation between childhood maltreatment and adult suicide al action. Windsor, Ontario, Canada: 2008.

9. Roy A. Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *J Affect Disord.* 2011; 130:205-8.
10. Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B. Familial transmission of suicidal behavior: Factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *J Clin Psychiatry.* 2008; 69:584-96.
11. Mandelli L, Carli V, Roy A, Serretti A, Sarchiapone M. The influence of childhood trauma on the onset and repetition of suicidal behavior: An investigation in a high risk sample of male prisoners. *J Psychiatric Res.* 2011; 45:742-7.
12. McDowell J, Ed S. *Thoughts of suicide.* London: Christian Focus Publisher; 2008.
13. Jeon H, Roh M, Kim K, Lee J, Lee D, Yoon S & Hahm B. Early trauma and lifetime suicidal behavior in a nationwide sample of Korean medical students. *J Affect Disord.* 2009; 119:210-4.
14. Lazo A. Integrating joiner's interpersonal psychological theory of suicide with the Rorschach [dissertation]. [United States]: Wright institute: 2010. 134p.
15. Li N, Ahmed S, Zabin L. Association between childhood sexual abuse and adverse psychological outcomes among youth in Taipei. *J Adoles Health.* 2012; 50:45-51.
16. Bücker J, Kapczinski F, Post R, Ceresér K, Szobot C, Yatham L, Kapczinski N. Cognitive impairment in school-aged children with early trauma. *Compr Psychiatry.* 2012; 53:xx.
17. Branco BC, Inaba K, Galinos B, Peep T, Jean-Stephane D, Plurad D, et al. Sex-related differences in childhood and adolescent self-inflicted injuries: A national trauma databank review. *J Pediatr Surg.* 2010; 45:796-800.
18. Griffin ML, Amodeo M. Predicting long-term outcomes for women physically abused in childhood: Contribution of abuse severity versus family environment. *Child Abuse Negl.* 2010; 34:724-33.
19. Swogger M, You S, Cashman-Brown S, Conner K. Childhood physical abuse, aggression, and suicide attempts among criminal offenders. *Psychiatry Res.* 2011; 185:363-7.
20. Afifi T, Boman J, Fleisher W, Sareen J. The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse Negl.* 2009; 33:139-47.
21. Towmey H. Childhood maltreatment, object-relations and suicidal behavior in women Rorschach [dissertation]. [Oxford, Ohio]: Miami University: 1997. 155p.
22. Durkheim E, Buss R. *On suicide.* New York: Macmillan publication; 2006.
23. Holland S. Assisted suicide: A depth psychological exploration [dissertation]. [United States]: The State University of New-Jersey: 2001. 244p.
24. Delavar, A. Educational and psychological Research. Tehran: virayesh publication institute; 2007. [Persian]
25. Dabson KS, Mohammadkhani P. Current study reports psychometrics characteristic of Beck depression inventory-II. *Q J Rehab.* 2007; 8(2):82-8. [Persian]
26. Eddy T. Major depression with suicidal ideation: as related to childhood trauma [dissertation]. [California]: California State University: 2004. 51p.
27. Eisenberg HB. The process of recovery for young adults with recurrent suicide attempts and the role of childhood trauma. University of Toronto: 2007.
28. Hadland SE, Brandon DLM, Thomas K, Jiezhi Q, Julio SM, Wood E. Suicide and history of childhood trauma among street youth. *J Affect Disord.* 2012; 136:377-80.
29. Melhem M. Traumatic grief among adolescents exposed to their peer's suicide: American university of Beirut: 2001.
30. Sarchiapone M, Jaussent I, Roy A, Carli V, Guillaume S, Jollant F, et al. Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior e via aggression traits. Similar results in an Italian and in a French sample. *Europ Psychiatry.* 2009; 24:57-62.
31. Clements-Nolle K, Wolden M, Bargmann-Losche J. childhood trauma and risk for pastand future suicide attempts among women in prison. *Women Health.* 2009; 19:185-92.
32. Roy A, Carli V, Sarchiapone M. Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *J Affect Disord.* 2011; 133:591-4.

Original Article

Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood

Abstract

Objectives: The current research aim was to consider the childhood traumas' relationship with depression and suicide attempt in adulthood. **Method:** This study population consisted of all refereed individual to Loghman Hakim Hospital due to suicide attempt at the Fall 2011 and Winter 2012. Of these 180 people (100 females and 80 males) were selected by random sampling method and studied by inclusion-exclusion criteria. Also, 180 patients (100 females and 80 males) hospitalized during the Fall 2011 and Winter 2012 due to physical disease-without even indirect relevance with suicide- were examined. Data collection was by Beck Depression Inventory (BDI-II) and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). The data were analyzed using discriminant functions and multivariable regression. **Results:** By increasing the level of childhood traumas (all subscales) the suicide attempt probability ($p \leq 0.001$) was increased ($p \leq 0.01$). Of childhood trauma the emotional abuse had the most effect on suicide attempt. Moreover, there were relationships among emotional abuse ($p \leq 0.01$), physical neglect ($p \leq 0.001$) and emotional neglect ($p \leq 0.001$). **Conclusion:** Childhood traumas, especially emotional abuse may lead to depression and suicide attempt in adulthood.

Key words: *suicide attempt; childhood trauma; depression*

[Received: 26 September 2012; Accepted: 13 March 2013]

Hojjat Ebrahimi*, Mahmood Dejkam^a, Tahereh Seghatoleslam^a

* Corresponding author: Shahid Beheshti
University of Medical Sciences, Tehran, Iran, IR.
Fax: +9821-22439951
E-mail: hojattebrahimi@gmail.com

^a Shahid Beheshti University of Medical Sciences,
Tehran, Iran.

282
282